

LES
SALPINGITES
DES
FEMMES AGÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henriette VADELLA

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômée d'Hygiène et de Microbiologie

née à CERVIONE (Corse) le 5 août 1898



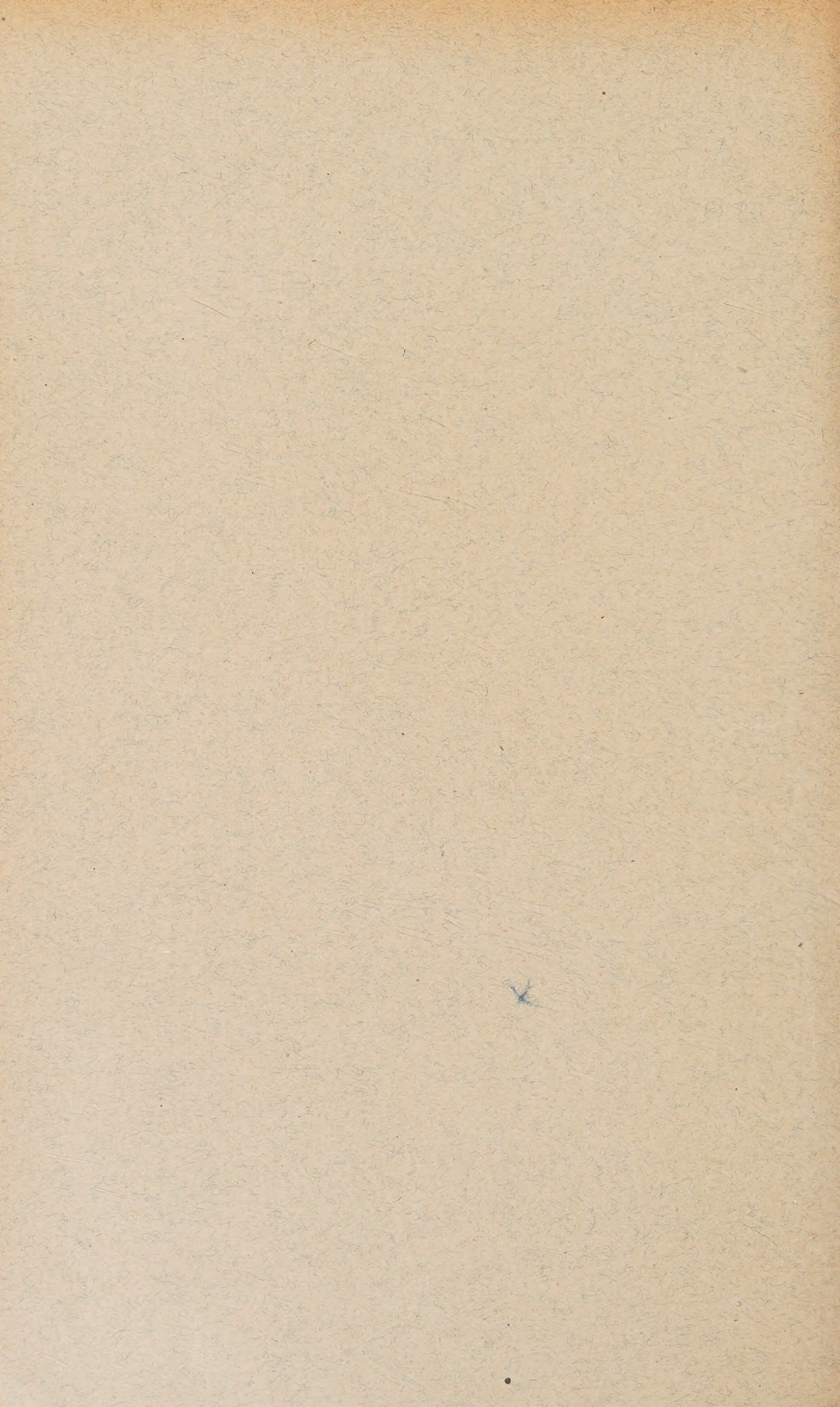
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925



LES SALPINGITES
DES FEMMES AGÉES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 110

LES
SALPINGITES
DES
FEMMES AGÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



Henriette VADELLA

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômée d'Hygiène et de Microbiologie

née à CERVIONE (Corse) le 5 août 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Clinique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; BÉRARD, assesseur ;
BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MON FRÈRE AÎNÉ

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Qui, faisant table rase des préjugés
de la race corse, à laquelle, par ail-
leurs, je suis si fière d'appartenir,
m'ont toujours encouragée à suivre
ma vocation.

Je tiens à leur exprimer ici, une fois
de plus, mon infinie gratitude.

A MON FRÈRE

Elève à l'Ecole de santé militaire.

A TOUS MES PARENTS

TROP NOMBREUX POUR LES ÉNUMÉRER ICI

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER,
Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Auprès de qui, pendant un semestre d'externat, nous avons reçu un précieux enseignement, et qui nous a toujours témoigné une très grande et flatteuse bienveillance.

Il a bien voulu nous confier ce travail et n'a rien négligé pour nous permettre de le mener à bonne fin.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude et de notre entier dévouement.

A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COURMONT,
*Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Nous sommes très sensible à l'intérêt qu'il nous porte depuis que nous avons eu l'honneur d'être son externe.

Nous avons tiré le meilleur profit de ses intéressantes leçons et nous sommes heureux de lui exprimer nos sentiments très reconnaissants,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
LUCIEN THEVENOT

Qui nous donna, dès notre première
année d'études, et toujours depuis,
des marques de sympathique intérêt.

Nous l'assurons de notre grande
reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET,
*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. SANTY,
Chirurgien des Hôpitaux.

Ils ont bien voulu faire partie de
notre jury de thèse. Nous leur en sa-
vons gré, ainsi que des leçons de
chirurgie pratique reçues auprès d'eux
et de l'accueil aimable qu'ils nous ont
toujours réservé.

A MES JUGES

A MONSIEUR PH. ROCHET,
Chef de Clinique chirurgicale.

Son amabilité, son extrême obligeance, la part active qu'il a prise à l'élaboration de ce travail, nous font un devoir, très agréable d'ailleurs, de l'assurer de notre entière gratitude.

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX



LES SALPINGITES

DES FEMMES AGÉES

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude des SALPINGITES DES FEMMES AGÉES, nous croyons utile de donner quelques précisions éclairant cette expression. Car, il est important de noter que nous avons surtout en vue, non pas l'âge réel de la femme, mais son âge génital.

Dans nos climats, l'apparition des règles a lieu entre 12 et 14 ans, et l'âge de la ménopause est aux alentours de 45 ans. Nous entendons par *femmes âgées* celles qui, ayant dépassé la période génitale active, s'approchent de la ménopause sans toutefois l'avoir atteinte. Il est difficile de fixer par des chiffres exacts cette limite. Cependant, on peut dire qu'elle oscille entre 35 et 45 ans. Il y a, en effet, des femmes de 35 ans qui méritent réellement l'épithète *d'âgées*, même au sens absolu du mot, et, au point de vue génital, il semble vrai qu'à partir de cette période la femme traverse un stade critique qui ne finira qu'avec la ménopause.

Nulle part encore, à notre connaissance, il n'est fait allusion à ces formes de salpingites. Nos recherches

bibliographiques à ce sujet ont été négatives, et les classiques, les publications françaises et étrangères n'en font pas une mention spéciale. Il n'est partout question que des lésions infectieuses du début de la vie génitale : salpingites gonococciques, puerpérales, post-abortives, etc., et des accidents salpingiens de la ménopause dus à des infections survenant à cette période d'involution de l'appareil utéro annexiel.

Labadie-Lagrave, seul, fait allusion à ces caractères particuliers que présentent les phénomènes salpingiens à la fin de la vie génitale de la femme. Mais il semble plutôt y voir une influence heureuse que malheureuse sur l'évolution de la salpingite. Il fait remarquer aussi que, souvent, les femmes atteintes de salpingite sont castrées avant cette période tardive de leur vie. Ce sont donc surtout les chirurgiens, au plus haut point conservateurs, comme *M. le Professeur Tixier*, qui peuvent être amenés à suivre l'évolution tardive d'une salpingite médicalement traitée. Nous rapportons, pour étayer ce travail, 20 observations recueillies dans la clinique de notre Maître. Nous en avons trouvé beaucoup d'autres, mais nous ne publions que les plus typiques.

Avant tout, il importe de souligner ce qui fait le caractère particulier de ces salpingites. C'est, non seulement la gravité des lésions anatomiques, leur évolution sans tendance à la réparation spontanée, mais souvent aussi la gravité de l'acte opératoire auquel on est fatalement amené.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Les salpingites des femmes âgées s'observent, en clinique, chez deux catégories de malades :

1° Chez des femmes ayant un *passé génital infectieux plus ou moins chargé* ;

2° Chez des femmes *n'ayant jamais eu de poussées inflammatoires du côté de leurs organes génitaux internes.*

Dans le premier cas, l'étiologie est le plus souvent évidente (tout au moins celle de la première poussée infectieuse) : c'est, tantôt l'histoire classique de la gonococcie aiguë venant frapper la femme au moment du mariage ou des premiers rapprochement sexuels, tantôt l'histoire plus ou moins nette d'accidents infectieux venant compliquer des suites de couches ; ce sont encore les accidents septiques, souvent redoutables, qui surviennent à la suite de fausses couches,

d'avortements provoqués ou non ; mais c'est aussi l'exaltation des infections utéro-vaginales ordinaires. Plus rarement, on peut mettre en évidence, à l'origine de ces salpingites, des affections spéciales ; c'est ainsi qu'on a décrit des salpingo-ovarites de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, de la fièvre typhoïde et même de la grippe.

Nous ne parlons pas des salpingites parasitaires ; elles sont trop rares. Mais il est juste de souligner l'importance de la gonococcie comme cause des lésions qui, tardivement, peuvent prendre une allure grave.

Il serait aussi intéressant de discuter si les poussées infectieuses, survenant chez la femme âgée, sont dues au réveil du microbe originel ou si, au contraire, on assiste à une réinfection véritable évoluant sur un terrain spécialement préparé par la première atteinte. A vrai dire, il est difficile de donner des précisions sur ce sujet, et l'on est obligé souvent de se contenter d'impressions cliniques. Il existe bien des cas où l'on voit que la guérison de la première poussée de salpingite n'a jamais été réelle. Ce sont des malades qui ont souffert du ventre toute leur vie, soit continuellement de douleurs sourdes périnéales, lombaires, irradiées à la face postérieure des cuisses, soit par intermittence de poussées aiguës venant interrompre plus ou moins souvent un calme apparent. Sous l'influence de fatigues diverses, d'excès de coït, etc., les lésions infectieuses flambaient à nouveau, et l'on assistait à la scène classique de la poussée pelvipéritonéale aiguë. Mais, à côté de ces cas où l'on suit la filiation des phénomènes pathologiques salpingiens depuis l'ori-

gine, il en est d'autres, certains, où la guérison a été complète, tout au moins en apparence, c'est-à-dire que la maladie a peut-être évolué anatomiquement, mais sans présenter aucun symptôme clinique. Dans ces cas, il semble bien que l'on puisse invoquer l'infection nouvelle des organes génitaux de la femme. Et c'est cette réinfection, évoluant sur un terrain déjà plus ou moins modifié, qui donne à la maladie son allure clinique spéciale. Pour avoir la preuve absolue de ces faits, il faudrait posséder la fiche microbienne de l'infection originelle et celle de la poussée salpingienne tardive. Malheureusement, ces renseignements font défaut très souvent.

Dans la deuxième catégorie de malades, l'étiologie est moins nette. Mais il est important de noter la coïncidence de certaines lésions anatomiques venant évoluer parallèlement à l'infection salpingo-ovarienne. Avant tout, nous mettons à part une infection banale, gonococcienne ou autre, qui peut venir frapper pour la première fois une femme à la fin de sa vie génitale. Il faut néanmoins, dans ces cas, souligner l'évolution spéciale de la maladie, évolution tout à fait différente de celle que l'on rencontre chez la femme jeune ; mais la lésion utérine qui accompagne très souvent ces formes cliniques particulières de la salpingite, c'est la *dégénérescence fibromateuse*. On peut trouver de ces gros utérus durs, lourds, vus souvent chez les grandes multipares, utérus que l'on a décrits comme atteints de fibromatose diffuse et qui, en réalité, sont souvent dus à des infections atténuées

de leurs parois. On peut voir aussi des petits fibromes très localisés, prenant de ce fait une importance particulière. Ce sont tantôt des noyaux de l'isthme utérin, tantôt des fibromes sous-muqueux du fond utérin, ou des noyaux fibromateux interstitiels situés au niveau des cornes. Tous ces myomes entraînent une rétention plus ou moins marquée des sécrétions tubaires ou utérines. Si une infection, même légère, se produit, on voit apparaître, du fait de la cavité close, l'exacerbation de phénomènes infectieux et des poussées aiguës de salpingite tardive. C'est spécialement dans ces cas que l'on a pu soutenir l'origine grippale de certaines salpingites.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Les manifestations cliniques des *salpingo-ovarites des femmes âgées* ne diffèrent pas, dans l'ensemble, de celles des autres affections annexielles.

Les phénomènes douloureux dominent la scène. Leur siège répond au maximum des lésions ; il est tantôt médian, indiquant la participation plus ou moins nette de l'utérus à l'infection, et tantôt latéral. Ces phénomènes varient depuis la douleur terrible de la poussée pelvi-péritonéale aiguë jusqu'au simple endolorissement de la salpingite chronique. La fatigue, la menstruation, les rapports sexuels sont autant de causes d'exacerbation. Les irradiations des douleurs sont diverses. Celles-ci prennent quelquefois figure de coccygodinie. Mais on note plus fréquemment des propagations sacrées, lombaires et même sciatiques. La vessie peut être influencée par la salpingite ; mais ce qu'on rencontre plus souvent, ce sont les phénomènes anormaux survenant du côté du rectum. L'intensité des douleurs semble liée à la position de l'utérus, et, à ce propos, il convient d'insister

sur la gravité de ce symptôme dans le cas d'annexes enflammées se prolabant dans le Douglas et fixant l'utérus en rétro-position vicieuse.

Les écoulements leucorrhéiques sont bien moins fréquents et plus irréguliers que dans les salpingites du début de la vie génitale. Par contre, les troubles de la menstruation sont beaucoup plus nets et beaucoup plus accentués, dans les formes cliniques qui nous occupent. Ils sont représentés par des ménorragies et des métrorragies plus abondantes. L'écoulement sanguin n'est pas franchement rouge ; il prend un aspect noirâtre, avec des caillots rappelant un peu les pertes caractéristiques de la grossesse tubaire.

La température est variable ; les vomissements, inconstants mais fréquents, sont en rapport avec l'atteinte plus ou moins marquée du péritoine pelvien.

De même qu'au point de vue étiologique, nous avons divisé les salpingites des femmes âgées en deux catégories, nous voyons, au point de vue clinique, cette affection revêtir deux aspects différents, suivant que les phénomènes infectieux surviennent chez une femme ayant ou non un passé génital chargé.

1. — Femmes à passé génital infectieux

Dans ces cas, le début de la maladie est particulièrement *brusque*, qu'il s'agisse d'un réveil d'infection ancienne ou d'une réinfection véritable. La plupart du temps, ces femmes sont amenées au pavillon de garde avec les symptômes caractéristiques d'une vive

réaction péritonéale : le faciès est grippé, les yeux excavés, la respiration superficielle ; la malade vomit ou a eu des vomissements plus ou moins abondants. En même temps que les douleurs s'exagèrent, la température s'élève quelquefois en clocher à 39, voire même à 40. L'abdomen est ballonné et uniformément douloureux à la pression.

Le toucher vaginal, très douloureux, ne donne que des renseignements très incomplets, car les malades se défendent et ne supportent pas le palper combiné. Dans ces cas, c'est l'interrogatoire qui va permettre de rapporter la maladie à sa véritable cause. Presque toujours, en effet, on retrouve, à un moment quelconque de la vie génitale, un épisode marquant l'atteinte des annexes par une infection de cause variable. Ce peut être l'histoire classique de l'infection blennorragique aiguë, avec son allure impressionnante rappelant la poussée actuelle de péritonite :

Une jeune femme jusqu'alors bien portante, après quelques jours de douleurs cuisantes à la miction, de pertes jaunâtres souillant le linge, de chaleur prurigineuse vulvo-vaginale, est saisie brusquement par des douleurs abdominales intenses qui la forcent à s'aliter. Des vomissements péritonéaux apparaissent. La température monte en clocher élevé. Le pouls s'accélère. Rapidement, sous l'influence du repos, de la glace, des injections chaudes, les divers symptômes se sont amendés et la guérison a pu survenir assez rapidement.

Parfois, l'infection initiale a été plus insidieuse. Elle obsédait les malades par des pertes jaune verdâ-

tre, persistantes, se cachant ainsi sous l'aspect d'une métrite chronique du col, avec gonflement douloureux de l'organe et poussée passagère de pelvipéritonite subaiguë.

Cette infection gonococcique est la plus fréquente, comme nous l'avons déjà vu ; mais on peut retrouver à l'origine de la maladie des symptômes d'infection post-partum ou post-abortionum.

Lorsque ces différentes poussées infectieuses ont été violentes, les malades les racontent sans difficulté et font même le rapprochement entre leur maladie présente et l'affection passée ; mais, lorsque l'épisode originel a été lointain, relativement léger, et n'a pu laisser de trace, les femmes ont oublié les petites scènes douloureuses du début. Il faut alors fouiller les antécédents pour retrouver ce qui permettra de trancher un diagnostic hésitant.

Ainsi, dans ce premier cas, la notion de passé génital, que l'on retrouve plus ou moins facilement par l'interrogatoire, est un fait capital.

En même temps qu'elles font le récit de la scène douloureuse, il est fréquent d'entendre les malades — et ceci est heureux pour le diagnostic — parler de *troubles survenus dans leur menstruation*. On apprend ainsi que les phénomènes douloureux sont survenus brusquement à la fin d'une période de règles normales et quelquefois après un retard plus ou moins long, s'accompagnant alors de pertes noirâtres avec caillots, ou de pus sanguinolent.

Dans ces formes à début dramatique, le diagnostic hésite entre l'appendicite, la cholécystite, l'occlusion

intestinale, les syndromes douloureux aigus gastriques et rénaux. Heureusement, le maximum des douleurs siège au niveau du petit bassin ou des fosses iliaques, et ceci, joint aux troubles de la fonction menstruelle, attire l'attention du côté de la sphère génitale. Mais, avant de rapporter à la salpingite les phénomènes observés, il faut éliminer une fausse-couche et la grossesse tubaire. Le diagnostic est toujours délicat, d'autant plus que le toucher est infidèle. Il faudra attendre, et l'évolution de la maladie tranchera la difficulté.

Parfois, le début de la salpingite des femmes âgées est plus discret. Dans ce cas, nous l'avons vu, ce sont des douleurs pelviennes, lombaires, sciatiques qui marquent l'atteinte des annexes. Il y a, de plus, des métrorragies légères. C'est alors que le toucher permettra d'éliminer certains fibromes compliqués et des néoplasmes utérins du col et surtout du corps.

Ce toucher, qu'il soit fait à froid, après le début très aigu, ou immédiatement, dans les formes subaiguës, va permettre de sentir les lésions anatomiques utéro-annexielles.

L'utérus pourra être en bonne position d'antéflexion, cas favorable où l'épisode initial est souvent suivi de guérison complète au point de vue fonctionnel; ou bien on sentira un utérus en rétrodéviation fixé par une salpingite adhérente; c'est le cas de ces femmes qui ont souffert continuellement, au cours de leur vie, de douleurs pelviennes variables. Mais il est juste de dire que de telles malades n'ont pu, en général, attendre un âge très avancé sans avoir subi

l'opération radicale qui, seule, peut les guérir de leurs douleurs.

Les lésions annexielles proprement dites sont très variables, mais un fait est certain : *elles sont anatomiquement graves*, qu'il s'agisse de pyosalpinx, de réactions pelvipéritonitiques ou de phénomènes paramétritiques. Il est parfois difficile, voire même impossible, de sentir l'utérus, noyé qu'il est au milieu de blocs inflammatoires considérables.

Pour illustrer ce premier type des salpingites des femmes âgées, nous publions les XII observations qui suivent :

OBSERVATION I

Registre Sainte-Anne 1921, I, p. 50-51.

Grosse annexite bilatérale chez une femme ayant eu une infection ancienne post-partum. — Réveil de l'infection seize ans après.

Castration totale (M. Murard). — Guérison.

B... Marie, 47 ans.

A. P., réglée à 9 ans, sans douleurs.

Mariée à 20 ans; 10 accouchements, puis 2 fausses couches de 3 mois. Une semaine après le neuvième accouchement, la malade eut une violente réaction péritonéale avec température et vomissements, ayant nécessité son transport à la Charité. Elle ne subit aucun curetage et fut soignée pendant 2 mois avec de la glace sur le ventre. Par la suite, elle n'eut jamais ni douleurs au moment des règles, ni pertes blanches.

Le 13 février 1921, seize ans après ces accidents, à nouveau, la malade est *admise d'urgence* à l'infirmerie de porte pour une *douleur aiguë* étendue à tout l'abdomen, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux et de pertes,

Celles-ci durent depuis quinze jours, date des dernières règles. On met de la glace sur le ventre et le 14 au matin, Mme B... entre à Sainte-Anne. Elle ne vomit plus, sa température est normale, mais le pouls est à 100 et le ventre uniformément tendu et douloureux. Le soir, la douleur s'est réveillée, très violente; elle immobilise tout l'abdomen, rendant impossible le moindre examen.

Le 15 février, grâce à la vessie de glace, le ventre est moins tendu; les mouvements respiratoires amples sont encore douloureux; la température = 37,5 et le pouls = 80.

Au toucher, on sent un utérus fixé avec un cul-de-sac gauche, empâté, presque effacé. Le cul-de-sac droit est libre et non douloureux.

Au bout d'une semaine de traitement médical, comme la température demeure normale et que les douleurs ont disparu, la malade quitte le service.

Le 26 mars, un mois après la sortie, la malade revient à l'hôpital, car ses douleurs sont réapparues. Au toucher, on sent un gros utérus et des masses salpingiennes volumineuses.

En raison de l'âge et de la non rétrocession des phénomènes locaux, on décide une castration. Elle est pratiquée le 15 avril par M. Murard. Il s'agissait d'une grosse annexite bilatérale avec des poches kystiques intra-péritonéales. Le tout constituait une masse énorme adhérente dans le pelvis et à deux anses grêles.

Le 7 mai, la malade part en parfait état. Elle est revue un mois plus tard avec un état général et local des plus satisfaisants.

OBSERVATION II

R. Saint-Paul, 1906, p. 437.

Volumineux pyosalpinx gauche chez une femme de 49 ans ayant eu une infection ancienne post partum à 25 ans. — Réveil de l'infection sans aucune cause nouvelle génitale.

Castration totale. — Guérison.

Mme T... Anne, 49 ans. Entre à Saint-Paul, parce qu'elle souffre du ventre. *En a toujours souffert depuis son accouchement*, le seul qu'elle ait eu, 24 ans auparavant.

Brusquement, il y a 15 jours, deux semaines après ses règles, qui avaient été normales, elle ressent des *douleurs violentes*, généralisées à tout l'abdomen, avec vomissements et température à 39°. Ces phénomènes aigus s'apaisent assez vite, mais une douleur persiste dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade de Fallope; c'est ce qui amène la malade. La palpation abdominale réveille une douleur nette à gauche. Par le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, on sent une masse rénitente assez volumineuse flquant le bord latéral gauche de l'utérus et une partie de sa face postérieure.

La malade est très *constipée* et dit avoir quelquefois de la *difficulté pour uriner*.

Sous l'influence du repos, l'état s'améliore; la température tombe et la malade accepte l'intervention.

24 octobre. — Laparotomie sous-ombilicale. Volumineux pyosalpinx gauche. Castration totale. Guérison.

OBSERVATION III

Reg. Sainte-Anne, 1922, II, p. 98.

Annexite suppurée gauche avec métrite parenchymateuse jouant le fibrome. — Forme grave chez une femme de 43 ans ayant eu de nombreuses fausses couches et deux d'entre elles ayant nécessité un curetage.

Castration totale avec hystérectomie totale.

Mme M..., 43 ans. Entrée à Sainte-Anne le 4 novembre 1922 pour une douleur abdominale accompagnée de température élevée.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, mais avec douleurs et pertes blanches. Mariée à 21 ans. 3 grossesses, puis 6 fausses couches de 2 et 3 mois. Deux des fausses couches

ont nécessité l'hospitalisation à la Charité. Pour l'avant-dernière (la malade avait 32 ans), elle a dû subir un curetage (M. Pollosson). Aucun accident consécutif à la sixième. Les règles sont réapparues, normales, régulières, mais toujours douloureuses. L'état général a toujours été bon depuis, avec seulement quelques douleurs obturatrices et une constipation habituelle.

Le 15 octobre, époque des dernières règles, *brusquement* douleur *abdominale très vive*, accompagnée de *température à 40*, de maux de tête, de pertes plus abondantes que de coutume, de nausées sans vomissements.

La douleur irradiée à tout l'abdomen, prédominait cependant à gauche. Pendant 15 jours, chaque soir, la température s'élevait à 40. Devant la persistance de ces symptômes, la malade se fait hospitaliser. Au bout de quelques jours, sous l'influence du repos, de la glace, la douleur s'apaise et la température tombe à 37°5.

Au toucher : col normal, culs-de-sac libres; masse perçue à la main abdominale, paraissant être le fond utérin, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Masse libre non bosselée, dure, se transmettant au col. Sa mobilisation n'est pas douloureuse et paraît se faire facilement. Annexite gauche. A droite, les annexes ne sont pas perçues.

Le 4 novembre 1922, M. le Professeur Tixier pratique un nouveau toucher : gros utérus peut-être fibromateux en rétro-position, avec annexite gauche ayant déterminé une poussée aiguë de pelvipéritonite. Une castration totale est indiquée.

Le 17 novembre : intervention (MM. Tixier et Bonnet).

Le petit bassin est fermé, cloisonné par des adhérences entre : utérus, annexes, S iliaque, anses grêles. On détache l'S iliaque. On reconnaît alors à gauche une annexite suppurée, tendue, prête à s'ouvrir. Infiltration cartonnée des ligaments utéro-sacrés et larges.

Castration bilatérale avec hystérectomie totale. Péritonisation basse.

Examen de la pièce : Utérus atteint de métrite parenchymateuse avec de petits adéno-myomes.

OBSERVATION IV

Reg. Sainte-Anne, 1922, II, p. 106-146.

Salpingo-ovarite bilatérale, suppurée à gauche. —
Cas à grosse réaction chez une femme ayant eu de
nombreuses fausses couches et un curetage.

Castration totale.

T... Marie, 36 ans.

Réglée à 15 ans, règles douloureuses, parfois suivies de
pertes blanches. Mariée à 20 ans. 6 grossesses, dont un mort-
né et 3 fausses couches. La dernière fausse-couche a néces-
sité un curetage à la Charité.

Depuis 1921 (un an), les règles sont : augmentées en quan-
tité, de plus en plus douloureuses et précédées de pertes
blanches abondantes.

Le 6 novembre 1922, au *lendemain de la cessation* des der-
nières règles, *brusquement* est apparue une violente douleur
abdominale, irradiée à tout l'abdomen, accompagnée de vo-
missements et de température à 39°5 et 40. Les selles et les
mictions sont restées normales.

Le 9 novembre : la malade entre à l'hôpital sur les conseils
de son médecin. La température est à 38°, la douleur abdo-
minale est vive, maximum à gauche. Il y a de la défense
de la paroi.

Sous l'influence du traitement médical, la température
tombe et les phénomènes abdominaux diminuent d'intensité.

Le 10 novembre : toucher vaginal : M. Bonnet. Utérus en
bonne position, non douloureux à la mobilisation. Annexite
bilatérale.

Le 21 novembre : la malade quitte le service.

Le 2 décembre : elle revient, parce que, après une *nou-
velle période de règles*, dès *leur cessation*, est apparue la
douleur dans le bas-ventre d'abord peu intense, puis *véri-
tablement atroce*, avec vomissements bilieux et constipation
opiniâtre. La température n'a pas été prise.

Le 4 décembre : la malade continue à souffrir avec par

moments des exacerbations. En raison de la douleur, le toucher ne peut être pratiqué.

Le 12 décembre (M. Tixier) : le ventre est encore ballonné. Néanmoins, le toucher montre un utérus en latéroposition gauche. Son fond est globuleux. On sent deux annexites, à peine perceptibles.

La malade ne pouvant se soigner chez elle, une castration est indispensable.

Le 21 décembre : intervention (Professeur Tixier). Le Douglas est complètement fermé en haut par une adhérence entre le côlon transverse, l'S iliaque et la face antérieure de l'utérus. Dessous sont cachés 2 annexites et les ovaires entourés et coiffés par les trompes fermées. Ovaires kystiques ; à gauche, en un point, ovarite suppurée. Pus dans la trompe. Ligament infundibulo-pelvien œdématié. Col utérin légèrement atteint d'endométrite.

Castration totale et péritonisation à l'ordinaire.

Le 28 décembre : la température est élevée. Un examen vaginal indique l'existence d'un hématome suppuré dans le vagin. On fait quotidiennement des injections.

Le 29 janvier : la malade quitte le service. La température se maintient à la normale depuis douze jours et l'état général est tout à fait bon.

OBSERVATION V

Reg. Sainte-Anne, 1921, I, p. 41

Femme de 44 ans, ayant, dans ses antécédents, une fausse couche compliquée et présentant des symptômes graves dus probablement à un réveil de l'infection ancienne. — Pyosalpinx droit rompu. — Salpingectomie droite sans hystérectomie (M. Murard). — Abscess pelvien secondaire. — Colpotomie.

P... Philomène, 44 ans.

A. P. : réglée à 13 ans, normalement.

Fièvre typhoïde à 18 ans avec histoire de péritonite à la

suite d'un coup de pied dans le ventre. Pour ces deux affections, séjour au lit pendant six mois.

Une fausse couche à la suite de laquelle la malade eut pendant un mois de la température.

Elle entre à Sainte-Anne le 8 février 1921, sur les conseils d'un médecin auquel elle avait dû recourir 3 jours plus tôt pour des phénomènes péritonéaux sous forme de coliques, siégeant dans le bas-ventre et suivis de vomissements.

A l'entrée, malade très abattue, au faciès grippé ; les sclérotiques sont jaunâtres ; les lèvres ont de l'herpès ; le pouls est à 124. L'abdomen est contracturé et métiéorisé.

Au toucher, l'utérus est remonté et plaqué contre la symphyse ; les doigts qui explorent les culs-de-sac réveillent une vive douleur dans le Douglas. Une masse arrondie est perçue dans la fosse iliaque droite. On la délimite assez mal en raison de la contracture et de la douleur au palper.

Le diagnostic clinique est : kyste de l'ovaire tordu.

On décide une intervention le jour même de l'entrée.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale par M. Murard : A l'ouverture du ventre, énorme utérus dans la fosse iliaque droite. Du pus coule entre les anses grêles. L'annexe droite est transformée en un pyosalpinx dont le contenu se déverse à pleins bords dans le péritoine.

Salpingectomie droite. A gauche, les annexes paraissant intactes sont laissées. Le péritoine est refermé, mais on laisse un drain dans la fosse iliaque droite.

L'examen bactériologique du liquide de sécrétion des trompes prélevé après l'opération n'a rien montré et les cultures sont demeurées négatives.

Le 16 février : ablation du drain ; on le remplace par une mèche au niveau de l'orifice cutané du trajet.

Le 19 février : une collection suppurée que M. Murard avait sentie en formation deux jours plus tôt est drainée par colpotomie. Aussitôt, la température tombe.

OBSERVATION VI

Reg. Sainte-Anne, 1924, I, p. 140.

Cas type de réveil, à 40 ans, d'une annexite ayant nécessité une colpotomie à 20 ans.

Grosse annexite bilatérale.

Hystérectomie totale avec castration totale.

Mme Ch..., 40 ans.

A. P. : réglée à 12 ans, normalement, sans douleurs.

A 20 ans, hospitalisée à la Charité pour une *affection pelvienne fébrile*, traitée d'abord par de la glace, puis ayant nécessité une *colpotomie* (Docteur Albertin).

Mariée à 22 ans. Ni enfants, ni fausses couches.

Depuis le séjour qu'elle fit à la Charité, elle a *toujours souffert* du ventre. Dans l'intervalle des règles, elle a des pertes d'eau tachant à peine le linge et dépourvues d'odeur.

2 avril 1924 : l'affection actuelle *a débuté brusquement*, un mois auparavant, par des douleurs à caractères de coliques, siégeant dans le bas-ventre, des deux côtés, mais prédominantes à droite. Des vomissements et une température à 39° les accompagnaient. Elles se sont calmées au bout de quelques jours, mais des troubles dysuriques et des pertes verdâtres abondantes et fétides sont accusés depuis par la malade. La température persiste, oscillant autour de 38°.

Le toucher vaginal combiné au toucher rectal est pratiqué : Docteur Bonnet. A droite, au niveau du ligament utéro-sacré, une tuméfaction est perçue ; elle est dure, résistante, paraissant se continuer avec les parois du pelvis, ce qui lui donne une très grande fixité.

Le col utérin a un orifice irrégulier ; le fond n'est pas perçu. Les annexes gauches ont le volume d'une mandarine.

Le 10 mai 1924, la malade revient après avoir consulté M. Tixier, qui a constaté une augmentation du volume de la tumeur.

Les pertes existent toujours ; il ne s'agit plus d'eau, mais de sang mêlé de pus. Les douleurs sont toujours très mar-

quées à gauche. La température oscille entre 37°5 et 39. Signes de névralgie obturatrice très nette.

Au toucher rectal, on sent une infiltration des parois rectales qui fait redouter l'ouverture de la trompe gauche dans le rectum.

Le 20 mai : intervention (M. Tixier).

Laparotomie médiane par crainte de tuberculose. A l'ouverture du ventre, péritonite intensive signée d'adhérences du grand épiploon au ligament large droit. L'utérus est gros, derrière lui, comme deux bras croisés derrière le dos, tombent les annexes comparables à deux petites aubergines. Prudemment, on refoule les anses intestinales au-dessus de l'S iliaque. Le tout est bloqué. Les trompes sont très tendues. Au trocart, on ponctionne la trompe droite, mais le pus est si épais que la ponction reste blanche. A gauche, pus plus liquide.

Hystérectomie totale avec castration totale. Péritonisation haute. Fermeture du ventre.

Examen bactériologique du pus: pas d'éléments microbiens à l'examen direct, et culture négative.

Inoculation au cobaye : l'animal sacrifié et autopsié deux mois et demi après ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

Suites opératoires : Suppuration de la paroi.

Le 12 juin : la malade part en excellent état.

OBSERVATION VII

Reg. Saint-Paul, 1909, p. 205.

Crise nouvelle due probablement à une inoculation secondaire chez une femme de 44 ans ayant eu une poussée de salpingite probable à 25ans.

Salpingite double. — Pelvipéritonite.

Castration totale. — Guérison.

G. Maria, 44 ans.

A. P. : Règles toujours douloureuses. A 25 ans, pendant une période de six mois, la malade ne vit pas ses règles,

et cependant elle n'était pas enceinte. Elle eut aussi, dans un court intervalle, deux hémorragies abondantes qui durèrent quatre à cinq jours et la forcèrent à s'aliter. Pas d'enfants.

Elle entre à Saint-Paul, le 8 juillet 1909 pour des douleurs situées dans le bas-ventre, de chaque côté de la ligne médiane, douleurs apparues de façon soudaine une semaine auparavant.

Pendant et après la miction, la malade souffre. Elle est de plus très constipée.

La palpation de l'abdomen au niveau des deux régions ovariennes est douloureuse. Le ventre est ballonné ; on ne perçoit pas de tumeur.

9 juillet 1909 : Intervention Docteur Tixier.

Anses intestinales adhérentes à une poche salpingienne droite. Les deux annexes sont pleines de pus et réunies en sautoir par le pavillon dans le Douglas. On rompt l'annexe gauche en essayant de la libérer. Il s'en écoule du pus chaud.

Hystérectomie totale. Castration totale. Mèche vaginale. Péritonisation. Fermeture totale du ventre.

Le 29 juillet, la malade part en excellent état général et local.

OBSERVATION VIII

Reg. Sainte-Anne, 1923, I, p. 57-87.

Femme de 43 ans, ayant toujours souffert du ventre depuis son mariage. — Brusquement, dix-huit ans après, elle présente des phénomènes péritonéaux aigus. — Double pyosalpinx. — Castration totale.

Mme C..., 43 ans (malade de M. Ph. Rochet).

Réglée normalement. Mariée à 25 ans, sans avoir jamais eu ni enfants ni fausses couches. Mais, depuis cette époque, elle aurait toujours souffert du ventre.

Le 14 février 1923, la malade se fait hospitaliser à Sainte-Anne. Elle a eu, deux semaines plus tôt, des coliques violentes l'ayant obligée à s'aliter, sans vomissements, mais avec

réten-tion d'urine et constipation. Les règles, qui apparurent quatre jours après la crise, ne furent pas plus douloureuses que celles antérieures, mais, par contre, *beaucoup plus abondantes*, avec des *caillots* et elles durèrent une dizaine de jours.

Le 16 février, examen local : M. Bonnet : col petit, fermé, non induré. Une infiltration diffuse, fluctuante, est perçue en arrière de l'utérus. La main abdominale perçoit une tuméfaction arrondie dont la fluctuation se transmet au Douglas.

Le diagnostic clinique hésite entre : kyste de l'ovaire tordu et tuberculose annexielle.

Le 6 mars : la température est toujours au-dessus de 38°.

Au toucher vaginal : col refoulé en avant par une grosse collection bombant dans le cul-de-sac postérieur.

Au *toucher rectal* : saillie également considérable sur une muqueuse glissant mal, congestionnée, qui permet de prévoir l'imminence d'une rupture rectale.

7 mars : intervention, MM. Rochet et Bonnet.

Les annexes droites sont le siège d'un gros pyosalpinx, les annexes gauches sont volumineuses, mais plus adhérentes à l'S iliaque. Clivage aux ciseaux et au doigt.

Castration totale avec hystérectomie totale. Mèche dans le vagin. Péritonisation haute. Fermeture totale de la paroi. Drainage sous-cutané.

A la fin de l'opération, on s'aperçoit que la plus grosse poche du pyosalpinx s'est ouverte dans le rectum et un pus très fétide sortant par l'anus a inondé la table d'opération.

Examen macroscopique de la pièce : Utérus de petit volume, mais à parois épaissies. La muqueuse est normale, sauf au niveau du fond où elle est fongueuse. Aussi prélève-t-on des fragments pour l'examen histologique.

Les deux ovaires sont sains. Pyosalpinx droit du volume d'un gros poing. Salpingite parenchymateuse à gauche.

Le 14 mars, grosse suppuration de la paroi. On fait sauter quelques points et on draine.

Le 1^{er} mai, suture secondaire aux fils de bronze.

Le 6 mai, la malade quitte le service, guérie.

Examen histologique : inflammation marquée de tous les éléments examinés ; mais rien ne permet de conclure à la nature tuberculeuse de cette inflammation.

OBSERVATION IX

Reg. Saint-Paul, 1905, p. 293.

Femme de 36 ans, soignée à 24 ans pour métrite et se plaignant depuis lors du ventre.

Gros pyosalpinx bilatéral. — On fait deux colpotomies, mais la température persiste et on est obligé de recourir à une intervention plus radicale : Hystérectomie totale avec castration bilatérale.

M... Zoé, 36 ans.

A. P. : Règles régulières, mais très abondantes.

A 24 ans, elle eut quelques pertes rouges et fut soignée pour métrite hémorragique.

Jamais d'enfants ni de fausses couches.

Depuis de longues années, la malade se plaint de temps à autre de douleurs siégeant à droite du bas-ventre.

Elle entre à Saint-Paul le 6 décembre 1905, parce qu'à la suite de surmenage elle a vu les douleurs du côté droit augmenter et ces douleurs coïncider avec un retard de dix jours et une élévation de la température. Celle-ci de 38°4 qu'elle atteignait à l'entrée, est demeurée autour de 38° les jours suivants avec des clochers à 39° et 40°.

Le 27 décembre, on fait une *colpotomie*. Il s'écoule un pus très épais.

Le 22 janvier, nouvelle *colpotomie*, donnant issue à une grande quantité de pus.

Malgré ces deux interventions, la température *persiste*.

Le 21 février, laparotomie sous-ombilicale : ablation d'un gros pyosalpinx gauche et d'un pyosalpinx droit, plus volumineux, de la grosseur d'une aubergine. La ponction de ce dernier ramène un demi-verre de pus très fétide.

Drainage vaginal. Fermeture totale.

OBSERVATION X

Reg. Saint-Paul, 1909, p. 281.

Annexite gauche déterminant des accidents aigus chez une femme de 39 ans ayant un ancien kyste intraligamentaire droit.

Hystérectomie totale avec castration totale.

B... Péroline, 39 ans.

Réglée à 16 ans, règles abondantes durant 8 à 10 jours.

Une grossesse à 22 ans ; accouchement au huitième mois d'un fœtus mort depuis trois semaines.

La malade vient à Saint-Paul le 20 octobre 1909 pour une tumeur abdominale.

Brusquement, le 15 octobre, elle a ressenti de violentes douleurs abdominales qui l'obligèrent à abandonner son travail. Pas de troubles urinaires, pas de constipation.

À l'arrivée, on note à l'inspection de l'abdomen une grosse tumeur abdominale qui le distend et le soulève.

La palpation fait sentir cette tumeur en forme de carte à jouer, allant de la symphyse à l'ombilic et occupant les deux fosses iliaques. Elle est dure, très douloureuse au palper.

Au toucher, on diagnostique un fibrome de l'utérus avec annexite gauche.

Le 27 octobre, intervention. On trouve, à droite, une tumeur développée aux dépens des annexes, mais recouvrant complètement l'utérus et faisant corps avec lui. La ponction ramène environ un litre d'un liquide jaunâtre. À gauche, série de poches kystiques de pelvipéritonite, qui cachent la trompe du volume d'une figue fraîche et laquelle renferme du pus. On l'isole et on l'enlève. Hystérectomie totale. Péritonisation. Mèche sous-péritonéale. Fermeture totale du ventre.

Suites opératoires : pendant quelques jours, la malade a présenté de la température à grandes oscillations, sans localisation.

Le 9 décembre, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XI

Reg. Sainte-Anne, 1923, I, p. 11.

Histoire ancienne d'annexite avec poussée récente à 40 ans. — Ce cas réalisait cette forme clinique de l'annexite des femmes âgées qui simule les fibromes et les néoplasmes.

Hystérectomie totale avec castration totale pour annexite bilatérale.

R... Marguerite, 41 ans.

A toujours joui d'une bonne santé.

Une grossesse à 25 ans (une fille de 16 ans).

En 1916, douleurs pelviennes vives ayant duré trois à quatre jours. Depuis, les règles sont plus abondantes. Lors des dernières (4 décembre), la malade a présenté des douleurs dans les reins, la fosse iliaque gauche et irradiées à la cuisse gauche. Elle dut cesser son travail.

Le 24 décembre, vingt jours après les dernières règles, elle est prise de frissons intenses et de coliques violentes. Pas de vomissements. Les règles réapparaissent sous forme de nombreux caillots noirs.

Le 5 janvier, les pertes n'ont pas cessé et conservent leurs caractères, aussi la malade se décide-t-elle à consulter et on lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'entrée, malade amaigrie, au teint terreux. Température à 37°8-38°.

Examen gynécologique (Docteur Bonnet) : examen difficile, car l's iliaque est bourré de matières.

Le col est effacé, mou, entr'ouvert, se continuant directement avec le corps en s'évasant comme un segment inférieur. Corps globuleux, du volume d'un poing à contours mal perçus à cause de la contracture musculaire.

Diagnostic : ce n'est pas une grossesse; c'est un fibrome sous-muqueux ou interstitiel en voie de sphacèle, effaçant le col.

Le 9 janvier 1923 : intervention (M. Tixier).

A l'ouverture du ventre, on constate une coalescence complète par pelvipéritonite ascensionnelle de l'intestin grêle, de l's iliaque, des annexes, de la vessie.

Hystérectomie totale avec castration totale.

Péritonisation haute, entre l's iliaque et la face antérieure de la vessie.

Examen de la pièce : vieilles poches d'annexite en régression. Utérus petit, sénile, non atteint de fibrome.

Le 22 février, la malade part en convalescence à Margnoles.

OBSERVATION XII

Reg. Sainte-Anne, 1924, II, 161

Annexite bilatérale chez une femme de 51 ans, qui avait été soignée plusieurs années auparavant pour une métrite hémorragique consécutive à un accouchement.

Hystérectomie de type américain avec castration totale.

L... Philiberte, 51 ans.

A. P.: Régée à 12 ans, règles abondantes, pas de pertes blanches. Mariée. Deux accouchements. Trois mois après le second accouchement, métrite hémorragique qui nécessita deux mois de soins.

En 1920, au moment d'une période de règles, épisode aigu: frissons, température, vomissements, ventre douloureux et constipation.

La malade entre à Sainte-Anne, le 18 octobre 1924, sur les conseils du Docteur Bonnet.

Il y a un mois, une semaine après la cessation des règles, pertes rouges abondantes; en même temps, douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche, avec irradiations à la cuisse gauche. Ces symptômes qui étaient accompagnés de température durèrent dix jours.

Actuellement, la malade ne se plaint pas, son état général

est satisfaisant, elle urine bien, n'a pas de constipation, pas de température; l'abdomen est souple et non douloureux.

Au toucher, col dur, fermé. Utérus paraissant un peu gros, basculé en arrière. Les culs-de-sac sont effacés. Par le palper bimanuel, on arrive à préciser une douleur dans le cul-de-sac droit.

Le diagnostic clinique est : Annexite des femmes âgées, en relation possible avec un petit fibrome de la région de l'isthme.

Le 3 décembre 1924, intervention (Docteur Bonnet).

L'S iliaque adhère à des annexes prolabées dans le Douglas. Hystérectomie de type américain.

Examen de la pièce: Utérus un peu gros, à parois très épaisses, de métrite parenchymateuse.

Les annexes droites forment une tumeur du volume d'une petite mandarine, faisant corps complètement avec l'utérus.

A gauche, l'annexite est constituée par un ovaire polykystique, à kystes les uns hématiques, les autres séreux; et par une trompe à lumière élargie, à contenu sirupeux et noirâtre, à parois œdémateuses épaisses d'un centimètre.

20 décembre. — Les suites opératoires ont été très simples et la malade quitte l'hôpital.

Examen histologique : 1° Trompe scléreuse, sa lumière est étouffée dans un tissu conjonctif dense, très vasculaire et présentant des signes d'inflammation chronique.

2° Fragments de l'isthme : muscle utérin normal, muqueuse normale, pas de signes de malignité.

Il paraît s'agir d'un processus inflammatoire chronique, sans signes de spécificité.

2. — Femmes sans passé génital infectieux

Lorsque l'infection atteint les annexes d'une femme âgée, antérieurement saine, son allure clinique ne diffère pas sensiblement de celle que nous venons de décrire.

Ce second type de la maladie qui nous occupe est plus rare que le précédent. Les femmes qui en sont frappées sont quelquefois nullipares, mais plus souvent elles ont eu de nombreuses grossesses et les accouchements se sont passés normalement.

Ici encore on est frappé par la *soudaineté* d'apparition des symptômes de réaction péritonéale (douleurs abdominales, vomissements, température élevée, pouls rapide, etc.). Comme on n'a pas l'histoire de phénomènes analogues dans les antécédents de la malade, on ne peut rattacher aux annexes cet épisode aigu pelvipéritonéal. Fort heureusement, l'étude de la menstruation antérieure chez ces malades est d'un précieux secours. On note, d'une façon presque constante, des *modifications des règles* dues, le plus souvent, à la présence de *petits fibromes*. Il s'agit de femmes qui, après une période très longue de règles tout à fait normales, ont vu celles-ci augmenter en quantité et en durée. Ces pertes sanguines ne sont pas les grandes métrorragies des gros fibromes sous-muqueux ; elles ne deviennent que rarement inquiétantes par leur abondance, et ce ne sont jamais elles, ou exceptionnellement, qui amènent les malades au chirurgien ; ce sont plutôt les douleurs qui précèdent le flux cataménial et qui les obligent parfois à s'aliter. Ceci ne s'observe pas rarement, lorsque surviennent, comme cause principale de la salpingite des femmes âgées, des fibromes petits, obturant l'isthme, ou situés au niveau des cornes, vers l'ostium uterinum.

La *brusquerie* du début de cette forme de salpingite est peut-être plus marquée encore que dans la forme précédente. En tout cas, elle étonne davantage

les malades qui n'ont pas été habituées à pareilles crises abdominales. Le diagnostic peut hésiter entre une appendicite basse ou franchement pelvienne, une tumeur de l'ovaire compliquée (infection, torsion, dégénérescence maligne), la torsion d'un petit fibrome sous-péritonéal. Il n'y a guère que les troubles de la menstruation étudiés plus haut qui puissent faciliter le diagnostic ou tout au moins faire penser à des phénomènes infectieux salpingiens tardifs.

Le toucher ne donne pas de renseignements pathognomoniques. Cependant, il est plus facile que dans la forme précédente, surtout s'il est pratiqué après la période suraiguë du début. Le blocage du petit bassin est moins complet. A côté des masses annexielles de volume, de consistance et de situation variables: tantôt pyosalpinx volumineux, ou, au contraire, salpingite parenchymateuse, tumeur d'apparence solide ou véritablement fluctuante, salpingite haute ou salpingite basse, l'utérus est le plus souvent perceptible, soit énorme, globuleux, légèrement douloureux ; soit basculé en rétroflexion ou simplement en position horizontale (utérus fibromateux). Un toucher prolongé permettra, lorsque les douleurs ne seront pas très vives, lorsque les phénomènes infectieux périutérins ne seront pas très marqués, de sentir les noyaux fibromateux de siège spécial que nous avons vus être la cause des phénomènes infectieux.

Voici VIII observations étayant ce deuxième type de la maladie :

OBSERVATION I

Observation particulière de M. le Professeur Tixier, qu'il a eu l'extrême obligeance de rédiger pour nous.

Enorme pyosalpinx droit. — Salpingite suppurée gauche. — Utérus présentant de petits noyaux fibromateux, chez une femme de 52 ans, antérieurement saine, ayant fait brusquement des accidents pulmonaires et abdominaux, sans qu'on puisse préciser leur chronologie exacte. Le contenu du pyosalpinx était du pus verdâtre, où l'examen bactériologique à décelé du pneumocoque.

Castration totale avec hystérectomie totale. — Guérison.

Mme C..., d'Annonay, 52 ans.

Femme très vigoureuse, ayant toujours joui d'une excellente santé. Mariée à 19 ans. Deux enfants bien portants. Aucune suite de couches. Jamais de fausses couches. Veuve à 31 ans.

Depuis l'âge de 50 ans, règles très abondantes durant plus de huit jours. Quelques caillots, mais aucun retentissement sur l'état général.

Brusquement, fin septembre 1924, état infectieux grave avec frissons, température élevée, 39° et 39°5. Pas de vomissements, mais douleurs de reins très violentes. Constipation opiniâtre. Fréquence des mictions. Les règles sont très abondantes.

Pendant trois mois, la malade dut garder le lit : amaigrissement considérable. Dans le cours de cette maladie, il y eut des accidents pulmonaires graves, avec toux, expectoration purulente. Il est impossible de préciser la chronologie exacte des accidents pulmonaires et abdominaux.

Au commencement de janvier 1925, la malade commence à se lever : elle n'a plus de température, mais elle souffre toujours beaucoup des reins. Quelques pertes blanches.

Le... 1925, elle vient consulter le docteur Tixier qui diagnostique un fibrome utérin compliqué, soit d'annexite, soit d'un kyste de l'ovaire tordu, à droite. La masse très fixée dans le pelvis, à contours irréguliers, remonte jusqu'à l'ombilic. Une intervention est acceptée.

Le... 1925, castration totale avec hystérectomie totale. On retire d'un énorme pyosalpinx droit un litre et demi de pus verdâtre rappelant la suppuration pneumococcique. A gauche, petite annexite suppurée. L'utérus gros comme le poing présente plusieurs petits nodules fibromateux dont un, gros comme une noisette, est exactement sous-jacent à l'ostium utérinum de la trompe droite.

Péritonisation haute, simple mèche vaginale. Fermeture totale du ventre. Suites opératoires très simples.

L'examen bactériologique du pus a montré qu'il s'agissait de pneumocoques.

OBSERVATION II

Reg. Sainte-Anne, 1925, I, p. 83-89.

Double pyosalpinx avec poches enkystées, haut situées, de péritonite circonscrite, à pus verdâtre, faisant penser au pneumocoque. — Petit fibrome d'une corne utérine.

Hystérectomie totale avec castration totale.

La malade n'ayant eu aucun passé annexiel, on pense qu'il s'agit d'une de ces formes grippales déjà observées en 1919-1920.

Mme M..., 43 ans, est envoyée à Sainte-Anne, le 5 février 1925, pour une collection du Douglas.

Réglée à 14 ans, normalement, sans douleurs, sans pertes blanches. Mariée, une grossesse à 23 ans, une fausse-couche de six mois à 28 ans.

L'affection actuelle a débuté trois semaines avant l'entrée à l'hôpital par une douleur extrêmement violente de l'hypochondre droit, accompagnée de dyspnée et d'angoisse et ne

s'irradiant ni à l'épaule ni au reste de l'abdomen. Il fallut recourir pour la calmer à une piqûre de morphine. A aucun moment, la malade ne présenta ni température, ni vomissements, ni ictère. Le médecin appelé fit le diagnostic de coliques hépatiques. Au bout de dix jours, la vie normale put être reprise, mais huit jours après le lever, apparut de nouveau la douleur. Elle était localisée au même point, ne s'irradiait toujours pas, ne s'accompagna pas de vomissements, mais la température atteignit 38°9. Depuis cette dernière crise, la malade accuse une constipation opiniâtre et des troubles dysuriques.

A son entrée, le 7 février, elle est examinée par M. Bonnet: gros ventre, souple partout, sauf dans la fosse iliaque droite où l'on sent une rénitence nette, douloureuse. Au toucher en ciseau : infiltration du Douglas refoulant le col et s'étendant latéralement en ailes de papillon, beaucoup plus dure à droite, enserrant le rectum comme dans un phlegmon du ligament large. On perçoit dans la fosse iliaque droite une tuméfaction bien circonscrite, rénitente, dont on transmet la fluctuation au doigt vaginal. La défense de la paroi ne permet pas de sentir le fond utérin.

Le diagnostic hésite entre :

1° *Abcès appendiculaire*. Mais la température a été tardive et la tuméfaction est trop circonscrite.

2° *Kyste de l'ovaire compliqué de torsion*. Mais l'infiltration du Douglas et l'œdème du ligament large sont trop prononcés pour un kyste de l'ovaire.

3° *Grossesse extra-utérine* fissurée avec hématoçèle rétro-utérine; mais pas de signes de grossesse, rien aux seins; dernière grossesse il y a 20 ans.

Le 9 février, intervention (MM. Tixier et Bonnet).

Incision longitudinale. L'S iliaque est fixé à la vessie en avant, et à la face postérieure du fond utérin. On entreprend le clivage et bientôt apparaît du pus franc, jaune verdâtre, bien lié, à odeur intestinale. Plus profondément dans le Douglas, on crève des poches secondaires de péritonite séropurulente. Annexite double : à gauche, grosse trompe à parois épaisses, du volume d'une énorme chenille ; à droite,

la collection remonte très haut au-dessus de ses attaches au ligament infundibulo-pelvien.

Hystérectomie totale. Ablation secondaire de la trompe droite qui remonte au voisinage du grêle, ce qui oblige à mettre un Mickulicz abdominal. L'S iliaque très épaissi est couvert de suffusions hémorragiques aux points restés en contact avec la suppuration.

Examen de la pièce : 1° Utérus petit, à muqueuse normale. *Petit fibrome* du volume d'une châtaigne *au-dessous de la corne droite*.

2° Annexes gauches : ovaire normal comme volume, microkystique, à petits kystes hématiques; trompe à parois épaisses (jusqu'à 8 millimètres en certains points); la muqueuse est fongueuse, criblée de cryptes.

3° Annexes droites : ovaire présentant les mêmes caractères qu'à gauche; trompe volumineuse, déchiquetée.

OBSERVATION III

Reg. Sainte-Anne, 1922, I, p. 63.

Pelvipéritonite grave, avec Douglassite suppurée par annexite bilatérale parenchymateuse à évolution rapide. — Cas typique chez une femme saine antérieurement. — Annexite grippale ?

G... Jeanne, 36 ans, entrée d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, le 8 février 1922, pour crise abdominale violente.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

Mariée à 21 ans. Une grossesse avec accompagnement

Mariée à 21 ans. Une grossesse avec accouchement normal.

En septembre 1921, a eu un retard de règles de huit jours et depuis, chaque mois, en même temps qu'un léger retard, la malade a des coliques et des maux de reins.

Le 5 février 1922, huit jours *après les dernières règles*, qui furent très abondantes, elle éprouve des douleurs abdomi-

nales très intenses avec température à 38°7, mais sans vomissements, sans constipation, sans pertes.

Le 8 février, nouvelle crise abdominale nécessitant l'hospitalisation d'urgence.

A l'entrée : température à 39°, pouls à 120.

Au toucher : culs-de-sac latéraux libres et indolores. Mais on sent dans le Douglas, une tuméfaction mollassse de la grosseur du poing, ce qui fait faire le diagnostic d'inondation péritonéale par grossesse extra-utérine rompue.

Cependant, en raison de la température élevée et de l'absence de pertes chocolat, on fait des réserves en faveur d'une pelvi-péritonite.

Dans le doute, M. Bonnet décide d'intervenir. Le 10 février : laparotomie sous-ombilicale médiane. Le péritoine n'est pas bleu. L'épiploon charnu et infiltré se présente : c'est une pelvi-péritonite; on voit sourdre du pus du pelvis, au-dessus de l'utérus.

A l'aide d'une série de compresses, on met le grand ventre à l'abri de toute inoculation, et on extériorise les annexes grosses comme le pouce, très allongées, battant comme des oreilles de lapin de chaque côté de l'utérus.

Alors, castration, puis hystérectomie totale. Mèche vaginale de gaze iodoformée. Péritonisation haute par l'S iliaque collé au péritoine antérieur. Fermeture totale du ventre.

OBSERVATION IV

Reg. Saint-Paul, 1913, p. 64.

Cas type de salpingite grave à 40 ans, chez une femme saine antérieurement. — Cause probable : fibrome.

Pyosalpinx droit; annexite gauche; FIBROMES MULTIPLES.

Castration totale avec hystérectomie totale. — Guérison.

B... Françoise, 40 ans, entrée à Saint-Paul le 7 mars 1913.

A. P.: A toujours été réglée normalement, sans douleurs et sans pertes blanches. Mariée. N'a pas eu d'enfants.

Depuis plusieurs mois, la malade accuse de vagues douleurs dans le bas-ventre. Elle raconte aussi que les dernières règles ont été plus abondantes et ont duré plus longtemps que les précédentes.

Brusquement, fin janvier, elle a présenté des douleurs très violentes dans le bas-ventre, surtout à gauche. Ce symptôme n'a pas disparu depuis, il est presque continu avec des paroxysmes et des moments d'accalmie. Il est accompagné de température dont le maximum a atteint 38°4.

Pendant un mois, un traitement médical a été suivi, mais il n'a donné aucun résultat.

Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, dans la nuit, après des efforts pour aller à la selle, la malade a présenté un nouvel état aigu qui permit de diagnostiquer une suppuration pelvienne et le médecin appelé fit une colpotomie. Il mit un drain dans le vagin et le laissa en place 15 jours. Cette intervention apporta un grand soulagement.

Depuis le 2 mars, les douleurs sont revenues et la malade accuse en même temps de l'inappétence et de la constipation, tous symptômes qui la décident à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, l'examen local permet de sentir à droite un empâtement généralisé dont la moindre pression suffit à réveiller des douleurs très vives ; à gauche, on trouve une grosse masse arrondie, dure, mobile, peu douloureuse.

Le 14 mars, on fait une castration totale pour fibromes et annexite double, dont un gros pyosalpinx droit renfermant du pus épais. Drainage péritonéal. Fermeture totale de l'abdomen.

Le 4 avril, la malade sort guérie.

OBSERVATION V

Métrorragies par annexite. — Forme primitivement grave, imposant l'opération chez une femme de

39 ans n'ayant dans ses antécédents aucun phénomène infectieux annexiel.

H... Amélie, 39 ans, entrée à Saint-Paul le 28 décembre 1911.

Normalement réglée jusqu'à 37 ans, avec seulement quelques pertes blanches. Mariée à 29 ans. Jamais d'enfants, ni de fausses couches.

Depuis 2 ans, les règles durent parfois jusqu'à 3 semaines, parfois se résument à quelques gouttes de sang.

Depuis un mois, pertes rouges qui s'arrêtent, puis réapparaissent et sont accompagnées de nombreux caillots noirs. Ce sont elles qui la décident à consulter.

A l'entrée, un toucher fait diagnostiquer : annexite gauche du volume d'une petite mandarine.

Le 19 janvier 1922 : La métrorragie, pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital, s'accompagne depuis trois jours de douleurs abdominales très vives l'inquiétant d'autant plus qu'elle ne retrouve dans ses antécédents aucun phénomène analogue.

Le 20 janvier : intervention. Annexes gauches enroulées sur elles-mêmes et constituant une masse du volume d'un petit poing. Elles sont très adhérentes à l'S iliaque et au Douglas qui est comblé. A droite, les annexes sont saines. L'utérus est gros, congestionné.

Américain. Castration totale; péritonisation haute; fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce : Annexes gauches : 1° Ovarite suppurée ayant transformé l'organe en une série de poches purulentes; 2° trompe moniliforme à parois très épaisses. En plusieurs points, salpingite catarrhale.

Examen histologique (M. Rigaud) : Inflammation chronique, sans signes de température.

Le 10 février, la malade quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION VI

Reg. Sainte-Anne, 1921, I, p. 244.

Femme de 41 ans, n'ayant aucun passé infectieux annexiel, mais ayant eu une grippe avec pleurésie purulente trois ans auparavant.

Suppuration annexielle unilatérale.

Castration totale avec hystérectomie totale. — Guérison.

Mme C..., 41 ans, entre à Sainte-Anne, le 15 juillet 1921, sur les conseils de M. Tixier.

A. P.: Trois enfants, pas de fausses couches.

Grippe et pleurésie purulente en 1918.

Un mois avant de venir à l'hôpital, *brusquement*, la malade a commencé à perdre de *gros caillots*, et de *violentes douleurs abdominales* se sont installées avec vomissements et constipation opiniâtre.

Le jour de l'entrée, en raison des douleurs et de l'état fébrile, on fait mettre un sachet de glace sur l'abdomen. Le toucher fait dire : utérus fibromateux saignant beaucoup.

Le 16 août : un nouveau toucher vaginal permet de sentir à gauche une tuméfaction indépendante de l'utérus, du volume d'une mandarine et l'on dit : Pyosalpinx.

Le 17 août : intervention par MM. Tixier et Bonnet.

Castration avec hystérectomie totale pour annexite unilatérale gauche. Pyosalpinx à pus verdâtre, épais, d'odeur fade, fermé par des adhérences intimes à l'S iliaque épaissi. Au-dessus, existaient des reliquats de pelvipéritonite sous-ombilicale qui avaient agglutiné l'épiploon et l'S iliaque et créé une parfaite péritonisation haute. Mèches de gaze dans le vagin. Fermeture totale du ventre.

9 septembre : la malade conserve un peu d'œdème, des cicatrices vaginale et abdominale. Rien dans le pelvis. L'état général est très bon, aussi quitte-t-elle le service.

OBSERVATION VII

Reg. Sainte-Anne, 1923, I, p. 25.

Annexite bilatérale d'allure *grave*, chez une femme de 39 ans, n'ayant aucun passé annexiel infectieux.

Castration totale avec hystérectomie totale.

C... Marie, 39 ans.

A. P.: A toujours eu des règles normales et sans pertes blanches.

Appendicectomie à chaud en 1907.

Le 17 décembre 1902, dans la nuit, la malade a ressenti des douleurs lancinantes fugaces siégeant dans le bas-ventre. En essayant de se lever, les douleurs deviennent plus vives, continues; la température s'élève à 38°9. En même temps, constipation et inappétence absolue. Un médecin consulté ordonne séjour au lit et purgation.

Le 26 décembre, la malade qui gardait le lit, ressent vers six heures du soir, une *douleur atroce, en coup de poignard*, localisée à la *région annexielle gauche*, et s'accompagnant de température à 39°3, de vomissements abondants et de constipation marquée.

Avec les injections vaginales et la glace sur le ventre, la douleur change de caractère, devient sourde, mais continue. La température oscille toujours entre 37°9 et 38°5. Le médecin appelé trouve une collection pelvienne et il conseille l'hospitalisation.

Le 17 janvier 1923, la malade entre à Sainte-Anne. Elle a les traits tirés, ses yeux sont cernés. La température atteint 38°6 et le pouls est à 110.

Le 18 janvier, l'abcès s'ouvre dans le rectum et par l'anus est rejetée une importante quantité de pus d'odeur infecte. Avec l'ouverture de l'abcès, on remarque une cédation des symptômes.

Février. Depuis le 23 janvier, la malade a des pertes rouges, sans caillots, peu abondantes, sans odeur (les dernières règles datent du 2 janvier).

Le 18 février, au toucher vaginal, on diagnostique un gros pyosalpinx gauche et une annexite droite. Il y a en plus un œdème dur, sous-péritonéal, reproduisant l'infiltration du ligament large.

Le 19 février : intervention par M. Tixier. Hystérectomie totale avec castration bilatérale; à gauche : salpingo-ovarite suppurée, formée d'une série de poches remplies de pus verdâtre bien lié; à droite, salpingite parenchymateuse ovaro-kystique. Péritonisation haute. Fermeture du ventre.

OBSERVATION VIII

Reg. Sainte-Anne, 1919, I, p. 180.

Cas très typique de salpingite grave chez une femme de 46 ans n'ayant aucun passé infectieux annexiel.

Hystérectomie totale avec castration totale pour pyosalpinx bilatéral.

Décès au huitième jour d'infarctus pulmonaire.

Mme X... 46 ans, entre le 7 juillet 1919, à Sainte-Anne, pour des douleurs dans le bas-ventre et les reins et pour des pertes *rouges très abondantes* datant de trois semaines.

On ne trouve dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde à 15 ans. Elle est mariée, sans avoir jamais eu ni enfants, ni fausses couches. Depuis le début des accidents qui amènent la malade, les pertes ne se sont pas arrêtées, elles sont fétides, mais moins hémorragiques et moins abondantes que les premières. Il n'y a pas eu de température.

Au toucher vaginal : col petit, régulier, fermé. L'utérus semble très volumineux, élargi transversalement, étalant les culs-de-sac vaginaux. Le toucher, à ce niveau, réveille une douleur assez vive. Les annexes ne peuvent être perçues, à moins qu'elles ne fassent corps avec l'utérus englobé dans une annexite.

Le 10 juillet, intervention (Docteur Bonnet). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Double pyosalpinx fixant l'utérus au fond du pelvis. Les deux trompes sont prolabées dans le

Douglas et font corps avec l'utérus. Elles entraînent le côlon sigmoïde dont les franges coiffent le pyosalpinx gauche et font partie de la coque purulente. A droite, on peut attirer le pyosalpinx sans le rompre. A gauche, le pyosalpinx est rompu et enlevé par fragments.

Le 17 juillet, alors que la malade allait bien, que les suites opératoires immédiates avaient été simples, à l'occasion d'une discussion que la patiente a avec son mari, elle est très impressionnée, se trouve mal subitement : angoisse, dyspnée, qui vont en s'accroissant et malgré les injections de caféine et d'huile camphrée, la mort survient quelques heures après.

Le 18 juillet, vérification est faite. Etat local du foyer opératoire sans aucune particularité. On ne trouve pour expliquer la mort qu'un infarctus pulmonaire du volume d'une orange.

Les phénomènes cliniques que nous venons d'étudier sont donc assez souvent caractéristiques. Mais *ce qui donne une allure toute spéciale à la maladie, c'est surtout l'évolution des lésions et le pronostic* qu'on peut en tirer, évolution et pronostic qui dicteront une thérapeutique particulière.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de la salpingite survenant au début de la vie génitale est assez nette, quelle qu'en soit la cause, et son pronostic n'est pas toujours très sérieux. Après l'orage du début, ou bien après la série de petites poussées douloureuses qui marque l'origine de l'infection salpingienne, les phénomènes les plus gênants de la maladie peuvent s'atténuer. Par un traitement médical bien conduit, lorsque les femmes peuvent le faire, lorsqu'elles sont notamment d'un milieu social leur permettant le repos prolongé et des saisons hydrominérales multiples, on voit, après six mois, un an, parfois deux ans, tous les symptômes qu'elles présentaient s'amender et une guérison tout au moins apparente s'établir. La seule condition anatomique nécessaire, c'est que l'utérus soit en bonne position et que les deux trompes restent en situation élevée dans le pelvis. En effet, dès qu'elles se prola-

bent dans le Douglas, les phénomènes douloureux deviennent immédiatement intolérables et forcent à l'intervention chirurgicale.

L'évolution anatomique de ces salpingites, que l'on suit grâce aux touchers répétés, est aussi caractéristique que l'évolution clinique. Au début, le petit bassin semble comblé par des masses annexielles énormes, ordinairement plus volumineuses d'un côté. La douleur intense ne permet pas d'en préciser les contours. Rapidement, sous l'influence du repos, de la glace, des injections chaudes, les divers symptômes s'amendent et, à un nouveau toucher vaginal, les lésions pelvipéritonitiques sont presque complètement disparues ; elles ont véritablement fondu. La ou les trompes sont perceptibles, légèrement augmentées de volume, seulement un peu endolories. Si des collections purulentes existent dans cette période, elles peuvent, elles aussi, s'éteindre, perdre leur virulence, se transformer peu à peu en une poche kystique, séreuse, qui, si elle est en position haute, bien fixée, c'est-à-dire non susceptible d'être tordue, restera silencieuse indéfiniment. De toute façon, dans beaucoup de cas, ces lésions salpingiennes, chez les femmes jeunes, peuvent guérir.

Au contraire, lorsque l'infection annexielle apparaît tardivement au cours de la vie génitale de la femme, ou bien lorsque, à cette époque, une salpingite ancienne se réchauffe, l'évolution et le pronostic sont tout à fait différents. Les lésions, après le début dramatique, sont déjà graves ou, plutôt, rapidement évolutives. La réaction pelvipéritonéale ne s'éteindra

jamais complètement ; la périmérite bloque l'utérus ; des pyosalpinx volumineux, des abcès de l'ovaire, des kystes tubo-ovariens suppurés, avec aussi des collections purulentes considérables périutérines ou périsalpingiennes, bombent dans le Douglas et remontent plus ou moins haut à l'intérieur de la cavité abdominale. Ceci, malgré le traitement médical le plus sévère et le mieux conduit. En un mot, *les salpingites des femmes âgées ne se refroidissent qu'exceptionnellement*, et les phénomènes infectieux ne font qu'augmenter d'importance, finissant même quelquefois par menacer la vie des malades. D'autres fois, les lésions anatomiques sont beaucoup moins graves, elles sont même minimales après la réaction intense du début ; mais les phénomènes douloureux ne rétrocedent pas, les malades souffrent avec une constance désespérante et que rien ne peut calmer ; ce sont de véritables infirmes.

Ces salpingites des femmes âgées sont donc d'un *pronostic sérieux* et parfois même *grave* : sérieux, parce que les lésions ne s'éteignent pas et, par les douleurs qu'elles occasionnent, obsèdent les malades ; graves, parce que souvent, malgré le traitement correct, les lésions, loin d'évoluer vers la résolution, augmentent et finissent par devenir un danger pour la vie de ces femmes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les moyens dont on dispose pour traiter les salpingites sont variés. Ils s'échelonnent depuis le simple traitement médical jusqu'à l'intervention radicale qui est la castration totale, en passant par la chirurgie conservatrice de l'appareil utéro-annexiel.

Le TRAITEMENT MÉDICAL est bien connu. Sa base essentielle est le repos en position allongée, au lit d'abord, sur une chaise-longue ensuite. Repos prolongé durant de longs mois ; abstention complète de rapports sexuels ; large application de glace sur la paroi abdominale au cours des poussées aiguës ou subaiguës ; injections chaudes abondantes, prises en position couchée ; lavements chauds à influence si heureuse dans les formes postérieures juxta-rectales, et enfin, lorsque les poussées aiguës sont éteintes, pour parachever une guérison qu'auront effectuée ces différents moyens, on a recours aux cures hydrominé-

rales à Brides, Salins-du-Jura, Salies-de-Béarn, etc. Mais ce traitement demande du temps, de l'argent, une hygiène stricte à laquelle se soumettent difficilement des femmes ayant une vie ménagère ou ouvrière active, et ne comprenant pas l'utilité de la conservation de leur appareil utéro-ovarien. D'autre part, nous l'avons déjà vu en étudiant l'évolution des salpingites des femmes âgées, le traitement médical n'a en général que peu d'influence sur l'évolution de lésions aussi graves que celles de ces malades. Néanmoins, il faudra l'essayer loyalement, lorsque l'indication opératoire n'est pas urgente, et quelquefois il pourra amener sinon des guérisons inespérées, du moins la sédation des phénomènes douloureux qui incommodent tant les malades. En tout cas, le traitement médical mérite d'être conservé, ne fût-ce que comme temps préparatoire de la thérapeutique chirurgicale. Lorsqu'on le peut, il vaut en effet mieux opérer ces malades en dehors des poussées aiguës qui aggravent un pronostic opératoire déjà sérieux par lui-même.

Les TRAITEMENTS CHIRURGICAUX sont nombreux : La colpotomie, les opérations partielles, la castration totale méritent d'être mises en parallèle.

La *colpotomie* est presque toujours contre-indiquée ; c'est une opération qui permet, chez les femmes jeunes, de parer au plus pressé, mais à laquelle on ne peut recourir quand il s'agit d'une femme âgée. Sauf peut-être dans le cas de collections pelviennes volumineuses, survenant chez des malades très affai-

blies ou médicalement tarées; cette intervention ne sera, le plus souvent, qu'un trompeur cache-misère réservé à des cas presque désespérés. Souvent, elle fait perdre un temps utile pour traiter radicalement des lésions qui ne peuvent guérir bien et à peu de frais que par le traitement chirurgical radical.

Les *opérations conservatrices* intra-abdominales : SALPINGECTOMIE et CASTRATION UNI OU BILATÉRALES, HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE, avec conservation d'un ou des ovaires, sont évidemment des opérations de choix quand on se décide à l'intervention sanglante pour curer une salpingite. Parmi elles, il faut faire une place à part à l'hystérectomie fundique. Cette opération, préconisée d'abord par Beuttner, et utilisée avec grand succès par Lecène, permet de conserver à la femme la synergie fonctionnelle de l'ovaire et de la muqueuse utérine. Après l'intervention, ces femmes sont réglées normalement et ne supportent pas les inconvénients d'une ménopause anticipée. Mais, dans le cas de salpingites survenant chez les femmes âgées, les lésions sont, comme nous l'avons vu, très graves en général, et permettent difficilement la conservation des ovaires. D'autre part, ces lésions commandent une intervention à un âge où la conservation de la fonction ovarienne a moins d'intérêt que chez la femme jeune. Cet intérêt diminue d'autant plus qu'on se rapproche davantage de la ménopause normale.

On peut donc dire que les *opérations conservatrices* doivent être bannies de la chirurgie gynécologique s'adressant aux malades dont nous avons fait l'étude,

Nous arrivons maintenant aux interventions *radicales* : HYSTÉRECTOMIE TOTALE OU SUBTOTALE AVEC CASTRATION BILATÉRALE.

Nous ne ferons pas de parallèle entre la subtotale et la totale ; il a été maintes fois établi et les partisans de l'une ou de l'autre méthode paraissent être restés sur leur proposition initiale. Cependant, il semble bien que chez les femmes ayant des lésions annexielles considérables, de grosses suppurations péri-utérines et pelvipéritonéales, il faille avant tout drainer largement, pour éviter des suites opératoires mouvementées. Il semble, d'autre part, que la conservation de la forme anatomique du vagin, évidemment mieux effectuée par la subtotale, soit moins indispensable chez les malades qui nous occupent. Le seul avantage (mise à part la facilité d'exécution de la subtotale) disparaît donc *et la préférence, chez la femme âgée, sera donnée à l'hystérectomie totale avec castration bilatérale*. C'est en effet l'opération qui remplit le mieux le but poursuivi : guérir de façon radicale des malades menacées dans leur vie même par des infections pelviennes graves. Ses apparences très mutilantes sont cependant démenties par les résultats obtenus.

Quoi qu'il en soit, comme pour l'évolution clinique de la maladie, les *suites post-opératoires*, dans ces cas de salpingites des femmes âgées, sont souvent bien spéciales. Leur *caractère dominant est la gravité*, gravité qui tient d'une part aux lésions anatomiques rencontrées et qui rendent difficile l'acte opératoire lui-même ; et, d'autre part, au terrain, lequel, chez

de telles malades, est souvent mauvais. L'obésité très fréquente, la déficience de l'appareil pulmonaire, l'insuffisance du cœur et des reins expliquent la fréquence de suites opératoires mouvementées. On peut même se demander si cet état de moindre résistance n'est pas dû au vieux passé génital de ces malades, qui est, dans beaucoup de cas, à l'origine de leurs lésions salpingiennes.

Cette gravité de l'intervention fait mentir l'axiome de chirurgie gynécologique qui dit que : un péritoine pelvien ayant vu le feu supporte mieux les interventions qu'un péritoine vierge de toute infection.

CONCLUSIONS

I. — Dans une décade qui oscille autour de la quarantaine, les phénomènes salpingiens prennent une allure clinique particulièrement grave.

II. — Ils surviennent, soit chez des femmes ayant eu un passé génital infectieux, soit chez des femmes qui n'ont jamais eu trace d'infection utéro-annexielle. Dans ce second groupe, il semble que, souvent, la cause des accidents soit l'apparition latente, ou d'une dégénérescence fibromateuse totale, ou plus particulièrement de petits noyaux localisés (isthme ou plus spécialement cornes utérines).

III. — La salpingite des femmes âgées ne guérit qu'exceptionnellement par le traitement médical ; le pronostic en est toujours grave, même au point de vue vital.

IV. — Il semble bien que le traitement de choix soit la castration totale par hystérectomie totale, d'autant plus qu'à ce moment de la vie génitale les troubles consécutifs sont assez peu marqués.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

TIXIER

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 avril 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
Chapitre I. — Etiologie.....	13
Chapitre II. — Etude clinique.....	17
1. — Femmes à passé génital infectieux.....	18
2. — Femmes sans passé génital infectieux.....	37
Chapitre III. — Evolution et pronostic.....	51
Chapitre IV. — Traitement.....	55
Conclusions.....	61

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

- 1. The New York Public Library
- 2. The New York Public Library
- 3. The New York Public Library
- 4. The New York Public Library
- 5. The New York Public Library
- 6. The New York Public Library
- 7. The New York Public Library
- 8. The New York Public Library
- 9. The New York Public Library
- 10. The New York Public Library

